

ADATSA/ADULT ASSESSMENT REFERRAL

REFERRING CSO	DATE
---------------	------

SECTION A. IDENTIFYING INFORMATION

1. CLIENT LAST NAME FIRST NAME MIDDLE NAME			
2. DATE OF BIRTH	3. ACES CLIENT NUMBER	4. GENDER <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	5. SOCIAL SECURITY NUMBER
6. CLIENT TELEPHONE OR MESSAGE NUMBER		7. LIMITED ENGLISH PROFICIENCY? PRIMARY LANGUAGE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
8. ADDRESS: STREET		CITY	STATE ZIP CODE

SECTION B. ASSESSMENT APPOINTMENT INFORMATION

1. НАЗВАНИЕ ЦЕНТРА/УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ КЛИЕНТОВ	2. ТЕЛЕФОН
3. АДРЕС	
4. ДАТА ПРИЁМА	5. ВРЕМЯ ПРИЁМА

Пожалуйста, примите к сведению: Возьмите эту форму (и все приложения к ней, если они у Вас есть) с собой на приём. неявка на этот приём может повлечь за собой отказ в помощи, задержку или прекращение вашей помощи. Отказ от программы лечения, предписанной центром по оценке состояния клиента, означает, что Вы отказываетесь от дечения, что может повлечь за собой задержку или прекращение вашей помощи и, возможно, наказание. Если у Вас есть вопросы о требованиях по лечению, обратитесь, пожалуйста, к своему работнику CSO.

SECTION C. TO ASSESSMENT CENTER

1. DATE OF APPLICATION	2. NAME OF REFERRING AGENCY, OTHER THAN CSO(I.E., HOSPITAL, JAIL, DETOX, ETC., IF APPLICABLE)	3. AGENCY TELEPHONE NUMBER
4. CLIENT TYPE (CHECK ALL THAT APPLY) <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> PPW <input type="checkbox"/> ADATSA <input type="checkbox"/> SSI/GAX <input type="checkbox"/> Other: _____		
5. PRIORITY GROUP: <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> CPS Referral <input type="checkbox"/> I. V. Drug <input type="checkbox"/> HH/Children <input type="checkbox"/> Regular ADATSA (No Priority)		
6. The above named client is (Check appropriate box): <input type="checkbox"/> Applicant <input type="checkbox"/> Current Recipient <input type="checkbox"/> Transfer from another program <input type="checkbox"/> A. Клиент имеет право на программу Title XIX CNP. Home PIC _____ <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Другое: _____ ИЛИ <input type="checkbox"/> Приложите копию медицинской карточки. <input type="checkbox"/> B. Клиент подает заявление только на услуги ADATSA <input type="checkbox"/> C. <input type="checkbox"/> ADATSA и GAU (подается <input type="checkbox"/> Установлено, что клиент имеет <input type="checkbox"/> Ожидается решение о праве клиента на программу GAU заявление для обоих) право на программу GAU <input type="checkbox"/> D. Есть ли другие причины, по которым был направлен клиент? _____		
7. <input type="checkbox"/> Other incapacity/health problems: _____ <input type="checkbox"/> A. Other evaluations pending (indicate type and date scheduled): _____ <input type="checkbox"/> B. Medical/psychological information attached. <input type="checkbox"/> Screening information attached. <input type="checkbox"/> C. Special needs for this client. Describe: _____		
8. Comments/Other: _____		
9. FINANCIAL WORKER/CASE MANAGER	TELEPHONE NUMBER	10. SOCIAL WORKER TELEPHONE NUMBER

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ РАБОТНИКА

The initiating worker:

1. Enters the referring community Services Office (CSO) name and current date.
2. Completes Section A, including the client's full name. The full middle name (not just initial) is requested.
3. Completes Section B when the assessment appointment is established.
4. Completes Section C:
 - A. Item 1 designates date the application was initiated.
 - B. Completes Items 2 and 3 by entering the name and telephone number of the agency or other entity that prompted the individual to seek chemical dependency services.
 - C. Item 4 designates client's program type(s).
 - D. Completes Item 5 designating the client's priority category by:
 - 1) Checking "Pregnant" for anyone currently pregnant or up to two months postpartum;
 - 2) Checking "CPS Referral" for anyone that is a direct referral for chemical dependency services from Children Protective Services;
 - 3) Checking "I.V. Drug" for anyone that is an intravenous drug user;
 - 4) Checking "HH/Children" for individuals with children in the home;
 - 5) Checking "No Priority" for everyone not included in the first four priorities.

NOTE: If the client is pregnant, contact the local assessment center immediately for an assessment, as these individuals are fast tracked through the assessment process.

E. Completes either A, B, or C in Item 6, as appropriate. If Item A is checked, indicate Title XIX the PIC code for medical coverage.

5. Completes Items 7 and 8 as needed. Checks Item 7C if the client has a special need.

6. Completes Items 9 and/or 10 with the names and telephone numbers of the referring financial and social workers.